3

F. Cathelin

Chirurgien en chef de l'hôpital d'urologie,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine.

Statistique personnelle
de 18 Néphrectomies
pour
Cancer du Rein

EXTRAIT DES *COMPTES RENDUS*
DU 26e *CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE*, 1913.

Secrétariat de l'Association
68, rue de Bellechasse, 68
Paris (VIIe)
1913

Extrait du CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (26e session, Paris, 1913).

STATISTIQUE PERSONNELLE

DE

18 NÉPHRECTOMIES

POUR CANCER DU REIN

Par M. F. CATHELIN, de Paris,

Chirurgien en Chef de l'hôpital d'urologie,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine.

Suivant une coutume que je continuerai d'apporter chaque année à ce congrès ma statistique personnelle d'opérations rénales[1] au sujet d'une maladie déterminée, avec les déductions qu'elle comporte, je viens vous entretenir aujourd'hui de la *cancérose rénale* dont j'ai été assez heureux d'observer une trentaine de cas et d'en opérer 18, ce qui constitue pour ce genre d'affection une des statistiques les plus fortes, sinon la plus forte de France.

Ce qui fait d'ailleurs qu'en général, les chirurgiens urinaires spécialisés ont pour cette affection une statistique moins forte, c'est qu'il s'agit souvent de véritables tumeurs plus abdominales que thoraciques, sollicitant de prime abord plutôt l'attention d'un chirurgien général, et cette orientation donnée aux malades par leur médecin traitant est encore expliquée par ce fait que le cancer du rein ne s'accompagne d'*aucun symptôme vésical*, ne nécessitant pas la présence du spécialiste comme cela a lieu inéluctablement pour la tuberculose rénale par exemple.

Et cependant, pour qui ne connaît ni le fonctionnement séparé des deux glandes rénales, ni l'action sympathique vasculaire ou toxique d'un rein malade sur son congénère, ni l'action inhibitrice d'une portion malade d'un rein sur l'organe lui-même que

1. F. Cathelin, Statistique annuelle de 30 opérations rénales avec 30 guérisons, *Congrès national*, 1911 ; — Statistique personnelle de 38 cas de calculose rénale, *Congrès national*, 1912.

j'ai récemment fait connaître, ni les lois de l'urée et des chlorures, etc., il nous semble alors bien osé et bien téméraire d'intervenir à coup sûr d'une façon scientifique et d'une manière utile.

Nous étudierons donc d'abord les cas eux-mêmes par analyse clinique successive et nous verrons ensuite les déductions d'ordre général et synthétique qu'ils comportent.

A. — Analyse clinique.

I. — *Nombre.*

Sur 30 cancers du rein observés, nous en avons opéré 18, les autres s'étant refusés à l'intervention ou ayant dépassé le moment opportun avec un état général très précaire.

Sur ces 18 cas, nous en relevons 4 dans la clientèle privée et 14 dans la clientèle hospitalière. Relevons en passant cette différence sans y attacher une valeur trop spécieuse.

II. — *Sexe et âge.*

Nous relevons 7 hommes contre 11 femmes, et l'âge a varié ainsi :

1 enfant (5 ans)
1 de 20-30 —
3 — 30-40 —
6 — 40-50 —
4 — 50-60 —
2 — 60-70 —

C'est donc l'âge moyen de la vie qui semble le plus atteint par cette spécificité rénale.

III. — *Côté.*

Nous trouvons le côté droit pris 8 fois contre 10 fois le côté gauche. Il y a donc indifférence sur le siège.

IV. — *Symptomatologie.*

1° *Tumeur.* — Nous la trouvons notée dans 10 cas ; dans les autres, elle était à évolution thoracique ou à évolution polaire supérieure sans qu'elle puisse être sentie.

2° *Hématuries.* — C'est le *signe capital.* S'il n'est pas pathognomonique, du fait qu'on le rencontre dans d'autres segments lésés du même appareil, il acquiert une valeur de tout premier

ordre quand il est associé à une tumeur rénale, *mais il faut bien se pénétrer de cette idée que, même précoce, c'est encore un signe tardif.*

Ses caractères sont les suivants : 1° la spontanéité ; 2° l'apparition nocturne ou matinale ; 3° la coloration noire ; 4° la coexistence de caillots ; 5° l'intermittence.

3° *Douleur.* — On l'observe dans le tiers des cas (6 cas) et deux fois elle revêtit les allures d'une véritable colique néphrétique (crise de *tension rénale* avec vraie douleur de miserere).

4° *Varicocèle.* — Nous l'avons rencontré deux fois sur 7 hommes.

5° *Infection.* — Nous ne la trouvons notée qu'une seule fois.

6° *Système ganglionnaire.* — Dans aucun cas nous n'avons trouvé de ganglions prélombaires *perceptibles* ni de ganglions inguinaux.

7° *État vésical.* — Il a toujours été excellent, sans aucun phénomène de cystite, sauf dans un seul cas, *à la fin des crises.*

8° *État général.* — Nous le trouvons : 1° excellent dans 3 cas ; 2° moyen dans 4 cas ; 3° mauvais dans 3 cas.

Signalons même nos 2 premiers cas qui avaient trait à des hommes tout à fait obèses dont un pesait plus de 100 kilogrammes. De même une femme pesait plus de 100 kilogrammes.

Remarque. — A côté de cet examen purement clinique, nous eûmes recours deux fois à l'*examen microscopique du sang* fait par M. le D[r] Beauvy et qui nous donna les résultats suivants :

M..., fiche 322, opéré le 25 mai 1908 d'une tumeur de Grawitz.

Globules rouges		4 960 000 par millimètre cube,
— blancs		11 130 —
	dont :	71 p. 100 de polynucléaires,
		29 — de mononucléaires.

Donc leucocytose légère.

D..., fiche 250, opéré le 21 février 1908 d'une tumeur mixte adéno-sarcomateuse.

Globules blancs.		12 200 par millimètre cube,
	dont :	51 p. 100 de polynucléaires neutrophiles,
		9 p. 100 de — éosinophiles,
		40 p. 100 de mononucléaires.

Donc : leucocytose légère (normale : 6 000) et éosinophilie moyenne (normale : 1 à 2 p. 100).

V. — *Mode d'exploration.*

Nous fîmes : 12 fois le cathétérisme urétéral, 4 fois la division endovésicale des urines avec mon appareil ou le Downes,

Dans 3 cas, nous n'intervînmes pas parce qu'il s'agissait dans un cas d'un jeune enfant de cinq ans, dans un autre cas d'une urgence chez une anurique de quarante-huit heures, dans un troisième enfin d'une impossibilité matérielle.

Il y eut d'ailleurs mort dans ces 3 cas, ce qui est une nouvelle preuve de la *nécessité* des explorations rénales chimiques préalables.

Dans les 12 cas de sondage des uretères, nous ne rencontrâmes qu'une fois de la *rétention pyélique.*

Dans un cas de *cathétérisme bilatéral*, la sonde de contrôle ramena également de l'urine donnant des taux d'urée et de chlorures se rapprochant du rein sain.

VI. — *Résultats fonctionnels.*

Les chiffres que nous donnons dans le tableau ci-joint, dus tous à notre chef du laboratoire de chimie de l'Hôpital d'Urologie, M. Gauvin, sont intéressants parce qu'ils montrent que même dans le cas de tumeur importante, les taux des matières excrémentitielles peuvent être conservés; nous en donnerons l'explication plus loin.

Taux d'urée et de chlorures des urines divisées des deux reins [1].

FICHE	URINES TOTALES		URINES DIVISÉES — RD		URINES DIVISÉES — RG	
	Urée au litre.	Chlorures au litre.	Urée au litre.	Chlorures au litre.	Urée au litre.	Chlorures au litre.
Ville. . .	20^{gr},49	6^{gr},10	12^{gr},10	9^{gr},60	le rein n'a rien donné	
Ville. . .	»		21 ,77	1 ,50	19^{gr},21	0^{gr},87
Ville. . .	25 ,62	8 ,75	3 ,84	»	10 ,24	12 ,50
N° 322.	5 ,12	4 ,20	17 ,93	11 ,50	le rein ne donne rien	
N° 777.	»		22 ,82	8 ,20	2^{gr},77	2^{gr},10
N° 728.	»		17 ,13	2 ,05	1 ,76	1 ,90
N° 689.	15 ,37	7 ,40	16 ,65	10 ,25	24 ,33	13 ,10
N° 2 654.	17 ,93	8 ,20	1 ,28		11 ,52	8 ,40
N° 2 646.	14 ,09	12 ,90	17 ,93	19 ,20	5 ,12	5 ,30
N° 476.	23 ,05	5 ,10	14 ,09	2 ,15	20 ,49	3 ,50
N° 834.	15 ,37	7 ,50	19 ,21	14 ,40	2 ,56	1 ,80
N° 1 023.	24 ,33	7 ,50	17 ,93	5 ,80	8 ,96	
N° 1 584.	24 ,33	8 ,50	16 ,65	7 ,60	26 ,70	14
N° 1 608.	12 ,81	10 ,10	4 ,48	6 ,10	21 ,77	20 ,86
N° 1 684.	7 ,56	7 ,50	4 ,42	6 ,50	4 ,42	8 ,20

1. Les chiffres *soulignés* de ces 15 cas sont ceux qui répondent au côté malade.

VII. — *Genre d'opérations.*

Je fis : 16 fois la néphrectomie lombaire[1], 1 fois la néphrectomie parapéritonéale, 1 fois la néphrostomie (malade anurique) suivie trois jours après d'une néphrostomie secondaire.

VIII. — *Poids des reins enlevés.*

Nous trouvons :

2	tumeurs	pesant entre	100 et 200	gr.
5	—	—	200 et 300	—
2	—	—	300 et 400	—
4	—	—	400 et 500	—
1	—	—	500 et 600	—
1	—	—	600 et 700	—
2	—	pesant au-dessus de	700	—

L'adéno-sarcome, tumeur mixte, de l'enfant de cinq ans pesait *1 kilogr. 315.*

IX. — *Résultats immédiats et tardifs.*

La guérison opératoire est notée 15 fois sur 18 cas, ce qui fait environ du 80 p. 100 dans le premier mois qui suit l'opération.

De nos 3 morts nous en relevons :

Une au quinzième jour, d'une affection intercurrente pleuro-pulmonaire.

Une au premier jour, celle de l'enfant opéré contre notre gré et sur l'insistance de la famille, prévenue du grand danger que courait le bébé. Il n'y eut pas d'hémorragie secondaire et l'enfant partit probablement de shock bien que l'opération ne dura qu'un petit quart d'heure.

Une enfin au quinzième jour. Il s'agit de notre dernière opérée *anurique* de quarante-huit heures à état général précaire et déjà néphrostomisée.

On peut voir, somme toute, qu'il s'agit de 3 cas tout spéciaux, surtout les 2 derniers, ce qui autoriserait presque à donner une mortalité globale *dans les cas moyens* de 5 p. 100, ce qui est peu pour une opération de maladie aussi grave.

Il est venu à ma connaissance la nouvelle de 5 *morts tardives*,

1. Cinq de ces néphrectomies ont été faites devant un grand nombre de membres du Congrès français de chirurgie de ces 3 dernières années.

chez l'habitant, de sorte que sur mes 18 cas, il me reste *dix guérisons définitives*, ce qui doit encourager nos collègues à faire des diagnostics aussi hâtifs que possible pour améliorer un pourcentage qui fait déjà bonne figure dans la thérapeutique générale des cancers.

X. — *Incidents opératoires.*

Nous relevons quelques détails propres à intéresser le praticien.

Dans notre premier cas, la tumeur était adhérente au diaphragme sur une surface grande comme une pièce de cinq francs.

Dans deux cas, nous laissâmes des *pinces à demeure*, qui furent dans un cas par *notre faute* suivie d'une hémorragie secondaire qui n'eut heureusement pas de suite[1].

Dans deux cas, nous retirâmes de gros ganglions mous paravertébraux.

Dans un seul cas, le cancer, d'une mollesse *encéphaloïde*, se déliquescait au fur et à mesure.

Dans deux cas, nous trouvâmes la *vésine rénale thrombosée* et dans aucun, nous n'enlevâmes de parti pris la capsule surrénale correspondante.

Une de nos malades avait été déjà opérée d'un gros fibrome par notre maitre, le Prof. Lejars[2].

XI. — *Examen histologique.*

Tous les examens microscopiques sont dus à la compétence de notre chef du laboratoire d'histologie et de bactériologie de l'Hôpital d'Urologie, M. le Dr Beauvy.

Nous les résumons dans le tableau suivant :

1. Lire l'observation détaillée in *Tribune médicale* du 29 oct. 1904, n° 44, p. 694, et in *The american Journal of Urology*, oct. 1904, p. 3, et in *8e session de l'Association française d'Urologie*, 1904.

2. Lire également : F. Cathelin, Réflexions cliniques et opératoires sur 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire in *Folia Urologica* d'Israël, Berlin, décembre 1910, et F. Cathelin, 4 néphrectomies, 3 guérisons in *Revue de Pathologie comparée*, séance solennelle d'octobre 1911.

NOM	FICHE	DATE DE L'OPÉRATION	VARIÉTÉ HISTOLOGIQUE
B.	Ville.	26 juin 1904.	Tumeur de Grawitz.
L.	Ville.	16 juillet 1906.	Sarcome fuso-cellulaire.
C.	Ville.	27 nov. 1909.	Epithélioma surrénal à stroma calcifié.
G.	Ville.	8 avril 1913.	Epithélioma surrénal.
D.	250	21 février 1908.	Adéno-sarcome (tumeur mixte).
M.	322	25 mai 1908.	Tumeur de Grawitz.
B.	476	6 oct. 1908.	Epithélioma infiltré.
L.	689	27 nov. 1910.	Epithélioma végétant à stroma dégénéré.
L.	728	7 oct. 1910.	Epithélioma infiltré probabl. rénal.
C.	777	26 mai 1910.	Epithélioma végétant.
M.	1 858	28 oct. 1910.	Tumeur de Grawitz.
P.	834	9 déc. 1910.	Epithélioma végétant.
R.	1 023	9 juin 1911.	Epithélioma infiltré rénal.
B.	2 646	6 oct. 1911.	Tumeur de Grawitz.
M.	2 646	6 oct. 1911.	Tumeur de Grawitz.
T.	1 584	13 déc. 1912.	Epithélioma tubulé.
K.	1 608	17 janv. 1913.	Sarcome fuso-cellulaire calcifié.
U.	1 684	7 mars 1913.	Tumeur de Grawitz.

Nous relevons donc, et cela est intéressant à noter, *6 tumeurs de Grawitz* et 9 épithéliomas.

Étant donnée la confusion qui règne encore dans la classification des tumeurs du rein, nous en profitons pour donner ici, d'après M. le Dr Beauvy, la *synonymie* de ces diverses formes :

Tableau synonymique des tumeurs du rein.

I. Adénome alvéolaire à cellules claires Albarran. — Pseudo-lipomes Grawitz.

II. *Tumeur de Grawitz.* — Hypernéphrome des Allemands. — Épinéphrome Letulle. — Épithélioma surrénal atypique Ménétrier.

III. Épithélioma tubulé. — Épithélioma rénal typique Ménétrier. — Épithélioma atypique rénal Lecène. — Adénocarcinome des Allemands.

IV. Épithélioma végétant métatypique Ménétrier. — Épithélioma papillaire.

V. Épithéliome infiltré. — Épithéliome atypique rénal Ménétrier. — Carcinome Lecène et des Allemands. — Épithéliome carcinoïde d'Albarran.

VI. Épithéliome surrénal. — Épithéliome surrénal typique de Ménétrier. — Angiosarcome de Paoli.

VII. Épithéliome à cellules claires d'Albarran = quelques-uns des épithéliomas tubulés et des épithéliomas végétaux (ce qui est une mauvaise dénomination).

VIII. Épithéliome carcinoïde d'Albarran = quelques-uns des épithéliomes tubulés et des épithéliomes végétaux.

IX. Adéno-sarcome de Birch-Hirschfeld. — Sarcome des enfants. — Tumeur à type fœtal de Courcoux (Cornil et Ranvier).

B. — Déductions synthétiques d'ordre clinique et opératoire.

I

En somme, nous pouvons dès maintenant insister sur la rareté relative des cancers du rein chez l'homme, si l'on en juge par les faibles statistiques des divers auteurs.

Il n'en serait peut-être pas de même chez l'animal d'après Fairisse et Morlot [1], mais il faut aussi tenir compte des *cas latents* ou insoupçonnés, surtout dans les lieux éloignés des centres chirurgicaux où les malades *qui ne souffrent pas* le plus souvent ne sont pas sollicités à aller consulter.

De plus, comme nous l'avons rappelé au début, il faut aussi chez nous tenir compte des cas qui, par insuffisance de symptômes urinaires, vont aux chirurgiens généraux comme tumeurs abdominales, ce qui dilue les statistiques.

II

Vient ensuite la nécessité d'établir cependant un bon diagnostic précoce, d'où dépend et la rapidité de l'intervention et le résultat final d'autant meilleur qu'il s'agit ici de tumeur sans grande tendance aux métastases et sans récidives certaines. Comme je l'ai déjà écrit dans mon livre des *Conférences cliniques* [2] : « La cancérose rénale, malgré son importance, rentre dans ce que j'appellerais volontiers *les bonnes canceroses*, par opposition aux canceroses vésicale et prostatique, absolument décevantes. Si l'abstention dans ces dernières doit être la règle, il n'en est pas de même de la première, où une extirpation rapide est infiniment plus salutaire aux malades que la thérapeutique des bras croisés. »

III

Le diagnostic repose tout entier sur les deux symptômes *tumeur* et *hématuries* dont nous avons donné plus haut les caractères spéciaux.

1. Étude de quelques tumeurs malignes du rein de bœuf, *Revue de Pathologie comparée*, juin 1913, n° 95, p. 3.

2. Dr F. Cathelin, *Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire*, 2e édition, 550 p. et 201 fig., chez Baillière.

Cette hématurie est d'ailleurs, bien que révélatrice et tardive, très capricieuse comme durée et quand elle est là seule, la *phonendoscopie* peut, comme dans un de nos cas, rendre un réel service.

Par contre il n'y a ni ganglions, ni signes vésicaux, ni douleur, ni points urétéraux, ni signes urinaires particuliers.

La cachexie elle-même n'apparaît que très tardivement, à une période ultime.

IV. — *Taux d'urée et de chlorures.*

Quelquefois, ce qui s'explique, quand on examine les pièces, ces taux peuvent souvent rester bons, ce qui se comprend, car il n'y a souvent que refoulement et non destruction (comme dans la tuberculose) de l'appareil noble glomérulo-canaliculaire.

D'autres fois les portions de parenchyme restant semblent indiquer un bon fonctionnement et l'on s'étonne des faibles taux d'urée obtenus. Cela tient à un phénomène secondaire d'*inhibition* résultant de l'*action empêchante* d'une tumeur petite ou grosse du bassinet ou d'un pôle sur la sécrétion rénale voisine On conçoit bien en effet qu'au point de vue physiologique, cette action soit troublée [1].

Par contre, à l'exploration, on ne trouve jamais de rétention pyélique et le cathétérisme urétéral est en général facile.

V

La *technique opératoire* est simple. C'est la technique idéale, classique et parfaitement réglée de la néphrectomie lombaire, bien supérieure à la voie antérieure transpéritonéale.

On enlève par cette voie les tumeurs les plus volumineuses, *sans réséquer de côtes*, et on se donne par la prolongation inutile de l'incision vers la fosse iliaque, le jour que l'on veut.

J'insiste sur le *saignement très appréciable* parfois des veines capsulaires périrénales qui disparaît dès la sortie du rein, sur l'*inutilité d'enlever* de parti pris cette *capsule graisseuse* et enfin sur l'*inutilité* d'enlever systématiquement la *capsule surrénale* correspondante ou même les *ganglions prévertébraux* qui sont très rares. On n'enlèvera que ceux qui se présentent sous le doigt, mais sans délabrement trop grand.

1. F. Cathelin, Les acquisitions récentes dans l'étude des fonctions rénales, *Folia Urologica Israël*, décembre 1913.

Le cancer du rein reste trop bien « bridé » par l'albuginée de cet organe pour se diffuser avec facilité.

VI

D'après l'examen de pièces personnelles, il est facile de donner des tumeurs du rein — comme M. Guyon, mon maître, l'a fait pour les tumeurs vésicales — la classification *morphologique* suivante :

1° Tumeur centrale, intra-pyélique, avec rein d'apparence sain à l'extérieur.

2° Tumeur intra-rénale, totale ou polaire (supérieure ou inférieure).

3° Tumeur extra-rénale, tantôt sous forme de bourgeon saillant, adhérent ou non, tantôt sous forme d'une tumeur appendue à un des pôles.

Au point de vue histologique, j'ai donné plus haut la fréquence des tumeurs de Grawitz et des épithéliomas.

*
* *

En résumé, ce que nous avons observé des tumeurs du rein nous permet de donner la formule suivante :

Quand, chez un malade de quarante à soixante ans et qui a maigri, on trouve des hématuries survenant par intermittences, sans douleur, le matin de préférence, et noires, sans cystite, avec ou sans tumeur rénale, mais après cystoscopie négative et avec urine claire, il faut penser à un cancer du rein[1].

1. Toutes les pièces des cancers relatés dans ce mémoire sont conservées, avec leur aquarelle, au musée de l'hôpital d'Urologie.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD.

COULOMMIERS

Imprimerie Paul BRODARD.